

# 浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表

(2010年12月制定)

身份证号码														二寸照片
姓名								主检医师意见：						
性别		出生年月						签名：						
既往病史	1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病 6.其他：_____													
眼科	裸眼视力	右：		矫正视力		右：矫正度数		检查者				医师意见：		
		左：				左：矫正度数								
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查： 色觉检查图名称： 单色识别能力检查：(色觉异常者查此项) 红 ( ) 黄 ( ) 绿 ( ) 蓝 ( ) 紫 ( )						检查者						
	眼病											签名：		
内科	血压	/ kpa				检查者				医师意见：				
	发育情况					心脏及血管								
	呼吸系统					神经系统								
	腹部器官	肝				脾					肾			
	其它											签名：		
外科	身高	厘米		体重		千克		颈部				医师意见：		
	皮肤			面部				关节						
	脊柱			四肢				检查者						
	其它												签名：	
耳鼻咽喉	听力	左耳 米		右耳 米		检查者						医师意见：		
	嗅觉					检查者								
	耳鼻咽喉												签名：	
口腔科	唇腭					是否						医师意见：		
	牙齿	(齿缺失_____)				口吃								
	其它												签名：	
胸部透视											医师签名：			
化验检查	丙氨酸氨基转移酶(ALT)						滴虫				检查者			
	淋球菌						梅毒螺旋体							
	外阴阴道假丝酵母菌(念珠菌)						其他							
肝脏功能						体检结论		主检医师签名：  年 月 日 (医院盖章)						
主检医师意见：  签名：														

说明：1. “既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。  
 2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。